Une collection
aufeminin.com
dirigée par Anne-Laure Vincent

Le Grand Livre de ma grossesse

Collège national des gynécologues et obstétriciens français

Sous la direction du professeur
Jacques Lansac

Coordination
docteur Nicolas Evrard

EYROLLES

© Groupe Eyrolles, 2011
ISBN : 978-2-212-54421-3

Groupe Eyrolles
61, bd Saint-Germain
75240 Paris Cedex 05

www.editions-eyrolles.com

Rédaction : Sioux Berger
Illustrations : Frédérique Thyss-Travers
Édition : Juliette Dumont
Conception maquette : Julien Blanchet
Mise en pages : Marie Housseau

© Groupe Eyrolles, 2011
ISBN : 978-2-212-54421-3

1er mois

Côté bébé

1 • Une fille ou un garçon ?

Chaque cellule du corps humain possède 46 chromosomes, regroupés en 22 paires chez l'homme et la femme. La 23e paire est celle des chromosomes sexuels, différents chez l'homme et chez la femme : XY chez l'homme et XX chez la femme.

Les ovules comportent 23 (22 + 1) chromosomes dont un chromosome sexuel qui est toujours un chromosome X. Les spermatozoïdes comportent 23 (22 + 1) chromosomes dont un chromosome sexuel qui sera soit de type X, soit de type Y.

C'est le spermatozoïde fécondant qui détermine le sexe de l'enfant à naître :

- si le spermatozoïde porte le chromosome X, l'embryon comportera 46 chromosomes dont deux X : l'un venant du père, l'autre de la mère, ce sera alors une fille ;
- si le spermatozoïde fécondant est Y, l'embryon comportera 46 chromosomes dont un chromosome X venant de la maman et un chromosome Y venant du papa. Ce sera donc un garçon.

Seul le hasard entre en ligne de compte : il y a donc une chance sur deux pour que vous ayez un garçon ou une fille – même s'il naît en réalité un peu plus de garçons que de filles : 1,05 garçon pour une fille.

DÉTERMINATION DU SEXE	
23e chromosome du spermatozoïde	**Embryon**
X	Fille
Y	Garçon

« J'AI FAIT LE RÉGIME SUCRÉ-SALÉ… »

DEBRIS2, FORUM aufeminin.com

Pour avoir une fille, une amie m'a recommandé de pratiquer le régime sucré-salé. Autrement dit, de consommer très peu de sel, et des aliments riches en magnésium et en calcium (pour avoir un garçon, c'est l'inverse, il faut écarter les aliments riches en calcium, magnésium, et consommer ceux riches en sodium et potassium). Je n'avais plus droit, en gros, qu'au yaourt nature et à certains légumes insipides. J'ai perdu 5 kg alors que je n'en avais pas du tout besoin, et j'étais très affaiblie lorsque je suis tombée enceinte de… mon quatrième garçon.

2 • Le choix du sexe ?

Plusieurs méthodes ont été proposées pour tenter de choisir le sexe de son enfant à venir : soit par un régime particulier chez la mère, soit en modifiant le milieu vaginal – par exemple en l'acidifiant –, soit en fonction de la date des rapports.
Sachez qu'aucune de ces méthodes n'a démontré sa fiabilité. Et c'est peut-être mieux comme cela !

3 • Et si j'attendais des jumeaux...

C'est lors de la fécondation que se constituent les jumeaux avec deux catégories :

- les faux jumeaux : lors de l'ovulation, il y a eu émission de deux ovules qui ont été chacun fécondés par un spermatozoïde. Deux enfants sont conçus, qui peuvent être de sexe différent et ne se ressemblent pas particulièrement ;
- les vrais jumeaux : un seul ovule fécondé par un spermatozoïde. Mais très rapidement (lors de la première semaine de grossesse), cet œuf se divise en deux moitiés qui vont se développer séparément. Il s'agit alors obligatoirement de jumeaux de même sexe qui se ressembleront beaucoup, puisque leur matériel génétique est identique (même ovule, même spermatozoïde).

Les grossesses gémellaires sont détectées dès les premières échographies, qui permettent de distinguer les deux sacs gestationnels dans l'utérus (voir le chapitre « En cas de grossesse multiple »).

Côté maman

1 • D'abord une question de calcul

Toutes les femmes qui souhaitent une grossesse, ou les femmes qui apprennent qu'elles sont enceintes, commencent très souvent par quelques savants calculs : à quel moment cela s'est-il produit ? De combien suis-je enceinte ?
Si l'ovulation s'est produite le quatorzième jour après le début de vos règles et que le rapport a eu lieu la veille de l'ovulation, on peut dire que la fécondation s'est produite au milieu du cycle.
Si le début de la grossesse est daté à J0, l'œuf arrive dans l'utérus à J5-J6, la nidation commence vers J7 et se termine vers J14, soit la date à laquelle auraient dû survenir normalement les règles.
Le schéma que nous venons de voir reste assez théorique car :

CALENDRIER DE LA GROSSESSE		
Semaines d'aménorrhée (SA)	**Mois de grossesse**	**Issue de la grossesse**
2	Fécondation	
6	Fin 1er mois	De 5 à 15 SA : fausse couche
10	Fin 2e mois	
15	Fin 3e mois	
20	Fin 4e mois	De 15 à 24 SA : rares interruptions de grossesse encore possibles
24	Fin 5e mois	
28	Fin 6e mois	De 25 à 36 SA : prématurité
32	Fin 7e mois	
37	Fin 8e mois	De 37 à 41 SA : accouchement à terme
41	Fin 9e mois	Après 41 SA : dépassement du terme

Les semaines d'aménorrhée (SA) sont comptées à partir du premier jour des dernières règles, les mois de grossesse sont comptés à partir de la fécondation.

- les femmes n'ont pas toutes des cycles de 28 jours. Certaines ont des cycles courts, avec des règles tous les 24 jours, d'autres des cycles longs, avec des règles tous les 35 jours, voire plus ;
- la date de l'ovulation est assez variable et elle peut survenir entre le 14e et le 21e jour, par exemple chez une femme qui a un cycle de 35 jours ;
- la durée de vie de l'ovule est de 48 heures après l'ovulation et les rapports, passés ce délai, seront inféconds ;
- en revanche, les spermatozoïdes ont une durée de vie de 3 à 6 jours et peuvent donc féconder l'ovule, même si le rapport a eu lieu une semaine avant l'ovulation.

Il ne faut donc pas compter sur ce calcul théorique pour :

- calculer la date de l'accouchement si vos règles sont irrégulières. On propose une échographie de datation, qui sera faite entre la 8e et la 11e semaine d'aménorrhée. Elle permet, en mesurant la taille de l'œuf, de calculer la date du début de la grossesse à trois jours près, et donc de calculer la date théorique de l'accouchement ;
- éviter d'être enceinte. La méthode de contraception basée sur ce mode de calcul, dite « méthode Ogino », est à l'origine de nombreuses grossesses non désirées (le docteur Ogino est celui qui a découvert, en 1930, que l'ovulation intervenait au 14e jour du cycle).

2 • Les premiers signes

Le retard des règles

Pour la majorité des femmes, le premier signe visible de la grossesse est le retard des règles. Mais ce n'est pas toujours facile à reconnaître, surtout si les règles sont irrégulières ou si vous venez d'arrêter la pilule. Dans ces cas, l'ovulation – et donc le début de grossesse – peut être retardée.
De plus, il n'est pas rare que des saignements, assez fréquents lors de la nidation de l'œuf dans l'utérus en début de grossesse, soient pris à tort pour des règles.

Autres signes

Les nausées sont fréquentes, mais pas obligatoires. Il en est de même des autres signes :

- tension des seins ;
- pesanteur du bas-ventre ;
- somnolence ;
- besoin d'uriner plus fréquent ;
- dégoût de certains aliments ou certaines odeurs ;
- humeur changeante ;
- constipation…

Ces signes ne garantissent pas que vous êtes enceinte, mais leur absence ne permet pas d'exclure une grossesse. Prudence, donc !

3 • Les tests de grossesse

Les tests urinaires vendus en pharmacie

Ces tests reposent sur la recherche dans les urines d'une hormone secrétée par l'œuf : l'hormone gonadotrophine chorionique ou HCG. Ils sont vendus sans ordonnance et ne sont pas remboursés. Il convient de bien suivre le mode d'emploi.
Le résultat peut être considéré comme assez fiable s'il est positif, ce qui se traduit en général par l'apparition d'une coloration rose (voir tableau page suivante).
En revanche, s'il est négatif, il est possible que vous soyez tout de même enceinte, notamment si la grossesse est plus jeune que ne laisse penser la date des dernières règles. En effet, la positivité est calculée à partir d'une fécondation faite en milieu de cycle, soit le 14e jour d'un cycle de 28 jours. Si vous avez des cycles plus longs, ou si vous avez ovulé tard, le test sera négatif au 28e jour, bien que vous soyez enceinte. C'est pourquoi il est nécessaire de refaire ce test cinq ou six jours après, ou de demander un test sur vos urines dans un laboratoire d'analyses. Les tests réalisés en laboratoire sont basés sur les mêmes principes mais réalisés par un laborantin qui est formé et peut le réaliser avec plus de précision et d'objectivité.

UN CONSEIL
Ne faites pas trop tôt le test en pharmacie. Attendez huit jours après l'absence de règles.

Le test sanguin en laboratoire

Ce test est le plus fiable et il est remboursé. Il permet non seulement de détecter la présence de l'hormone HCG, mais aussi de donner un chiffre correspondant à la quantité d'HCG. Cependant, ce chiffre ne donne pas une bonne évaluation de la date du début de la grossesse.
Si le test est négatif, il peut aussi s'agir d'une grossesse plus jeune. Il conviendra donc de refaire le test si les règles ne reviennent pas.

ATTENTION ! Le taux d'hormones double toutes les 36 heures en début de grossesse. Si le taux ne double pas toutes les 36 heures, stagne ou baisse, c'est que vous faites sans doute une fausse couche ou que l'œuf n'est pas dans l'utérus (grossesse extra-utérine).

LES TESTS DE GROSSESSE VENDUS EN PHARMACIE					
Nom du test	**Méthode**	**Limite de détection**	**Anticorps**	**Réceptacle**	**Délai de lecture (en minutes)**
Babycheck-plus direct (Veda Lab)	Anticorps monoclonaux	25 UI/l 3 à 4 jours avant la date présumée des règles	Anti ß HCG	Bâtonnet réactif à placer sous le jet d'urine ou dans un flacon d'urine pendant 5 secondes	10 minutes Apparition de deux lignes roses
Clear blue (Polivé SNC)	Anticorps monoclonaux Test sandwich	50 UI/l	Anti ß HCG	Bâtonnet à placer sous le jet d'urine pendant 5 secondes	1 minute Apparition d'un trait bleu
Elle-test (Gilbert)	Anticorps monoclonaux	25 UI/l	Anti ß HCG	Boîtier récepteur d'urine	3 minutes Apparition d'une bande colorée rouge
G-Test Screen (Théranol)	Anticorps monoclonaux	25 UI HCG/l	Anti ß HCG	Bandelette à tremper dans l'urine	3-5 minutes Apparition de deux lignes roses
Indicatest (Polidis)	Anticorps monoclonaux Test sandwich	20 UI/l 10 jours après la conception	Anti ß HCG	Bandelette à placer sous le jet d'urine	3 à 4 minutes Apparition d'une ligne rouge
Predictor (Chefaro)	Anticorps monoclonaux	50 UI/l Le premier jour présumé des règles	2 anticorps monoclonaux	Bandelette à placer sous le jet d'urine pendant 1 seconde	4 minutes Coloration rose persistante
Primacard (Matara)	Anticorps monoclonaux	20 UI/l Le premier jour présumé des règles	Anti ß HCG	Récepteur d'urine	Apparition d'une bande colorée rose
Primastick (Matara)	Anticorps monoclonaux	20 UI/l Le premier jour présumé des règles	Anti ß HCG	Bandelette à placer sous le jet d'urine	Apparition d'une bande colorée rose
Revela test immédiat (Pierre Fabre)	Anticorps monoclonaux	25 UI/l Le premier jour présumé des règles	Anti ß HCG	Bâtonnet à placer sous le jet d'urine pendant 1 seconde	3 à 5 minutes Apparition d'un trait Faire une lecture de contrôle 10 minutes plus tard et ne prendre en compte que le dernier résultat

Source : Vidal, 2010.

4• Enceinte ? : questions/réponses

L'élévation de la température est-elle un signe ?

Lors de l'ovulation, la température s'élève de quelque 4/10e de degré, et au-dessus de 37 °C le plus souvent. Si des règles se produisent, la température chute. En cas de grossesse, la température se maintient au-dessus de 37 °C. En pratique, ce signe n'est fiable que si vous avez fait une courbe de température chaque jour depuis vos dernières règles. Après l'élévation de température, si celle-ci demeure en « plateau » au-delà de 18 jours, il est probable que vous soyez enceinte, ce qu'il est prudent de confirmer par un test de grossesse.

Une échographie peut-elle toujours dévoiler une grossesse ?

Il faut savoir que l'échographie ne peut reconnaître la grossesse avec certitude qu'après un retard de règles suffisant (au plus tôt à 5 semaines d'aménorrhée, soit 7 jours). Ainsi, le test permet de détecter une grossesse plus tôt que l'échographie. L'échographie présente en revanche l'avantage de montrer que l'œuf est bien dans l'utérus et qu'il est vivant, surtout si on voit des battements du tube cardiaque. L'activité cardiaque de l'embryon est mise en évidence dans la 7e semaine d'aménorrhée.

Comment déterminer l'âge de la grossesse ?

La grossesse commence le jour de la fécondation, elle a lieu le plus souvent 14 jours après la date de début des dernières règles, si votre cycle est de 28 jours. Cependant, dans un quart des cas, cette date est imprécise surtout si vos règles sont irrégulières ou si vous venez d'arrêter la pilule. Vous pouvez également vous référer à votre courbe de température si vous en avez fait une. Sinon, c'est l'échographie de début de grossesse qui déterminera l'âge de la grossesse avec une précision de plus ou moins trois jours.

Comment compter : en semaines de conception ou en semaines d'aménorrhée ?

Par convention internationale, lorsqu'on parle d'âge de grossesse en semaines, il s'agit des semaines depuis la date du début des dernières règles ou semaines d'aménorrhée (SA).
Lorsqu'on parle de la grossesse en mois, on compte à partir du jour de la fécondation, soit habituellement quatorze jours après la date des dernières règles.

Quelle sera la date de mon accouchement ?

En France, on prévoit systématiquement une date d'accouchement neuf mois après la date présumée du début de grossesse, soit 41 SA. Par exemple, si la date de vos dernières règles est le 10 janvier, le début de grossesse pour les cycles réguliers de 28 jours est compté le 24 janvier et la date de votre accouchement est fixée au 24 octobre (on retire trois mois à la date supposée de la fécondation pour trouver celle de l'accouchement). Cette date a son importance puisque c'est à partir de celle-ci que sont comptés vos congés maternité.
Il faut noter que dans beaucoup de pays, la date d'accouchement n'est pas fixée à neuf mois après le début de grossesse mais environ une semaine plus tôt, soit 40 SA.

COMMENT CALCULER L'ÂGE DE VOTRE GROSSESSE ?

La référence est la date du début de votre grossesse déterminée à partir des dernières règles ou avec l'échographie précoce.
Lorsqu'on parle du 6e mois de la grossesse, cela veut dire que l'âge de votre grossesse est de 5 mois révolus et non de 6 mois. Les 6 mois seront atteints à la date « anniversaire » du début de votre grossesse.
Il en est de même pour les semaines d'aménorrhée.

UN BONHEUR TOUJOURS AMBIGU

Les questionnements et les incertitudes des premiers jours sont la manifestation d'une ambivalence propre à la grossesse, responsable d'une certaine angoisse tout à fait saine. Aucune grossesse, même la plus ardemment désirée, n'est portée de manière univoque, ni investie du seul amour maternel. Cette réalité s'oppose à une image idéalisée et artificielle de la femme enceinte, véhiculée notamment par les médias, dont le vécu ne serait que plénitude et bonheur, et qui se sentirait mère dès la découverte de la grossesse. L'ambivalence et l'angoisse, dans une intensité qui ne produit pas de souffrance, permettent à la femme enceinte d'une part, de rester en phase avec la réalité de la grossesse, et d'autre part, d'affilier l'enfant à la globalité de sa vie et de son histoire. Elles signent le début de la «crise maturative» qu'est la grossesse. Si elles produisent de la souffrance, une consultation spécialisée s'impose (psychologue de maternité, pédopsychiatre, psychiatre de maternité).

Et dans votre tête, comment ça se passe ?

Les circonstances de la découverte et de l'annonce d'une grossesse portent les traces de ce qui a pu être le climat entourant la conception. Que la grossesse ait été longuement attendue, qu'elle survienne inopinément ou qu'elle ne soit pas la bienvenue, elle dévoile toujours une part de secret et de l'intimité de la femme. Mais le moment de la découverte est aussi celui de l'incertitude, de l'ambivalence et parfois d'une certaine angoisse.

- Un début de grossesse modifie le lien intime de la femme à son corps et à sa féminité : la grossesse lui rappelle ses fonctions reproductives. Certaines femmes s'en trouvent comblées, d'autres peuvent se sentir dépassées, surtout si la conception survient de façon inopinée.
- Après les premières émotions, quelles qu'elles soient, un sentiment d'incrédulité parfois important se développe, donnant à certaines femmes une impression d'étrangeté, d'irréalité et de distance vis-à-vis de l'événement. Ces sentiments, pourtant assez normaux et légitimes, peuvent être culpabilisants.
- Les premières semaines de la grossesse sont également celles d'une incertitude qui peut infiltrer la vie psychique de la femme enceinte sur plusieurs plans :
  - serai-je capable de mener cette grossesse jusqu'au bout ?
  - mon corps supportera-t-il la mise à l'épreuve qu'est la grossesse ?
  - est-ce que je porte un bébé en bonne santé ?
  - est-ce une erreur de faire un bébé maintenant ?
  - ma vie professionnelle sera-t-elle compatible avec la maternité ?
  - et si la grossesse s'arrêtait, ne serait-ce pas un soulagement inavouable ?
  - est-ce que mon couple résistera ?

Ces questionnements, tout à fait courants, peuvent néanmoins susciter culpabilité et angoisse.

Quant à l'expérience du corps, bien que les grandes transformations n'aient pas encore pris place, la fatigue du début de la grossesse ralentit la femme enceinte, la ramenant à ces questionnements intérieurs.

Enfin, l'échographie du 1er trimestre, dévoilant la présence dans l'intérieur du corps de la femme, d'un cœur qui bat et d'un petit être «déjà complet» et foncièrement humain fournit une preuve «sans appel» de la réalité de la grossesse, dissipant certains doutes et en suscitant d'autres. De cette manière, l'échographie devient l'une des étapes du devenir parent et de plus en plus d'échographistes, outre les compétences techniques indispensables, s'intéressent, sur le plan humain et psychologique, à cette première rencontre avec la réalité du bébé dont ils sont les artisans.

Le suivi médical

1 • Où se faire suivre ?

Vous pouvez être suivie à l'hôpital, en ville, en clinique privée ou par la protection maternelle infantile de votre lieu de résidence (PMI).
Les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif (dont les missions sont les mêmes que l'hôpital public), les cliniques privées peuvent proposer un suivi global : du suivi de grossesse à la sortie de maternité, y compris l'accouchement.
Le choix de la structure (publique ou privée ; petite, moyenne ou grande) vous appartient. Selon la structure choisie, il y aura nécessité de travailler en réseau et d'associer plusieurs professionnels. Mais quel que soit le type de structure, le professionnel de santé qui vous suit doit pouvoir à tout moment vous orienter selon le niveau de risque de votre grossesse.
Sachez qu'une nomenclature des maternités existe en fonction de leur type de prise en charge :

- Maternité de type I – Elle prend en charge les grossesses « normales », c'est-à-dire celles prévues au départ être « à bas risque » pour la mère comme pour le bébé. En cas de pathologie ou de problème liés à la grossesse, cette maternité entre en relation avec une maternité de type II ou III, pour un éventuel transfert de la femme enceinte. Cette maternité ne dispose pas d'un service de pédiatrie dans l'établissement. Il y a cependant un pédiatre attaché à l'établissement qui viendra examiner votre enfant après la naissance. Il peut être appelé en cas de besoin.
- Maternité de type II – Elle assure le suivi des grossesses « normales », mais aussi des grossesses pathologiques et leurs accouchements si la naissance peut se produire après 34 SA. Elle se situe dans un établissement qui dispose d'un service de pédiatrie ou de médecine néonatale. Il y a donc un pédiatre sur place. En cas de problème spécifique (pour des indications précises ou un terme inférieur à 34 SA, un poids inférieur à 1,5 kg), cette maternité pourra prévoir l'éventuel transfert de la femme enceinte dans un délai raisonnable vers une maternité de type III.
- Maternité de type III – Elle est située dans un établissement qui est doté d'une unité de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néonatale. Ce type de maternité prend en charge les grossesses normales si la femme habite près de cette maternité, mais aussi les grossesses pathologiques et surtout celles où il est prévu que le nouveau-né puisse être hospitalisé dans un service de néonatalogie pour une surveillance intensive et des soins spécifiques (enfants de moins de 34 SA, de moins de 1,5 kg ou présentant une pathologie nécessitant des soins particuliers ou une intervention chirurgicale à la naissance). Les maternités de type III accueillent des femmes en provenance des maternités de type I ou II de la région.

Si votre grossesse est normale et que le bébé n'a pas de pathologie, vous pouvez donc accoucher dans la maternité de votre choix. S'il y a un problème en fonction du terme, il faut comprendre la nécessité d'un transfert avant la naissance, dans un établissement où votre bébé pourra recevoir les soins adaptés à son état et à son âge. Rassurez-vous, les transferts dans un autre établissement ne représentent que 1 % des naissances.

QUAND ANNONCER LA BONNE NOUVELLE ?

Bien sûr, vous allez l'annoncer rapidement au père de l'enfant. Pour la famille et les amis, il en va autrement. Nous vous conseillons de ne pas l'annoncer avant la fin du 1er trimestre et après avoir fait la première échographie, car vous pouvez malheureusement faire une fausse couche ou l'échographie du 1er trimestre peut indiquer une malformation.

« SAGE-FEMME OU GYNÉCO ? »

SYLVIE, 32 ANS

J'ai accouché il y a quelques mois, à la clinique. J'ai toujours été suivie par mon gynécologue, qui en plus est échographe : du coup, je n'avais qu'une visite par mois, même s'il devait y avoir une échographie ! J'ai apprécié le côté pratique. Et le jour de l'accouchement, sa présence m'a rassurée. En effet, je savais que si l'accouchement nécessitait un acte médical (de type forceps), seul le gynéco aurait eu le droit de le faire. Et comme je le connaissais depuis neuf mois, j'étais moins inquiète. En revanche, ma sœur a préféré se faire suivre à l'hôpital pour son deuxième enfant : elle a apprécié le contact avec les sages-femmes, disponibles, prévenantes. Elle s'est sentie plus en confiance.

2 • Par qui se faire suivre ?

Les professionnels pouvant suivre une grossesse sont les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues médicaux et les médecins généralistes.

La sage-femme

Vingt mille sages-femmes exercent en France. Elles peuvent vous suivre dans un établissement de santé (hôpital ou clinique), dans le cadre d'un dispensaire de PMI ou à leur cabinet libéral en ville.

C'est une profession médicale à compétences et responsabilités définies, ce qui signifie qu'elles assurent le suivi de la grossesse et de l'accouchement sans complications, sans avoir recours aux médecins. Si une pathologie survient (hypertension artérielle, diabète, risque d'accouchement prématuré…), elles doivent faire appel à un médecin.

La sage-femme peut donc déclarer votre grossesse, faire les consultations de grossesse, réaliser l'entretien prénatal du 4e mois, pratiquer les échographies, vous préparer à la naissance, vous accoucher, puis assurer un suivi postnatal.

Malheureusement, il existe une inadéquation entre l'offre de soins telle qu'elle est, et la réalité : le nombre de sages-femmes ne permet pas actuellement de les rendre disponibles pour toutes ces activités, et il reste donc très difficile – voire impossible – d'avoir une sage-femme pour le suivi global de la grossesse et de l'accouchement. Aujourd'hui, 70 % d'entre elles travaillent dans les hôpitaux publics et réalisent plus de 80 % des accouchements normaux.

À l'hôpital, la sage-femme vous suivra pendant le travail et pour l'accouchement, s'il se déroule normalement. S'il y a un problème (accouchement par le siège, jumeaux, nécessité d'un forceps ou d'une ventouse), elle fait appel au médecin. En clinique privée, elle reste une auxiliaire médicale auprès du gynécologue-obstétricien, qui le plus souvent est présent pour l'accouchement.

Le gynécologue-obstétricien

Il pratique la gynécologie obstétrique et la chirurgie, peut assurer le suivi des femmes enceintes en consultation et pratiquer les échographies. Il peut prendre en charge les grossesses pathologiques et exercer d'autres activités spécialisées, comme l'échographie, la médecine fœtale, la procréation médicale assis-

VOTRE OBSTÉTRICIEN SERA-T-IL PRÉSENT LE JOUR DE VOTRE ACCOUCHEMENT ?

Il n'est possible de prévoir ni la date ni l'heure de l'accouchement, aussi, il n'est pas certain que le médecin ou la sage-femme qui vous a suivie pendant la grossesse soit présent et disponible à ce moment-là. Et, le jour de l'accouchement, il vaut mieux avoir affaire à un professionnel de la naissance frais et dispos qu'à celui qui vous suit, mais qui n'a peut-être pas dormi de la nuit ! Plus qu'à une personne, considérez que vous vous en remettez à une équipe, dont celui qui vous suit est le référent.

tée, la chirurgie gynécologique. Il pratique les accouchements difficiles (siège, jumeaux) par extractions instrumentales (ventouses, forceps), et les césariennes. En clinique privée, c'est lui qui suit la grossesse et vous accouchera par voie basse ou par césarienne.
À l'hôpital, il peut suivre les grossesses normales et c'est lui qui intervient systématiquement en cas de problème. Il peut aussi exercer en secteur privé et effectuer des accouchements à l'hôpital public. Dans ce cas, il vous demandera des honoraires.

Le gynécologue médical

Le gynécologue médical suit généralement les grossesses jusqu'à 6 mois. Il ne pratique pas les accouchements. Il s'associe très souvent pour suivre la grossesse à un gynécologue-obstétricien et à une sage-femme, qui, la plupart du temps, exercent dans la maternité où vous avez choisi d'accoucher.

Le médecin généraliste

Votre médecin généraliste peut déclarer votre grossesse et effectuer des consultations de suivi de grossesse (dans le cadre d'une grossesse sans complications) jusqu'au 8e mois.
Il travaille en réseau avec des professionnels de la naissance, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, à qui il adresse les femmes pour les échographies et la préparation à la naissance.
Au 8e mois, la structure qui va réaliser l'accouchement prend le relais pour effectuer la fin du suivi de grossesse.

ATTENTION ! Si vous avez décidé de vous faire suivre par un gynéco « de ville », pensez cependant à vous inscrire à l'hôpital ou à la clinique de votre choix, qui vous prendra en charge dans les tout derniers mois de votre grossesse.

3 • La première consultation

La première consultation officielle de grossesse doit avoir lieu avant la fin du 3e mois (15 SA) avec un médecin ou une sage-femme. Il n'est en réalité pas rare de bénéficier d'une deuxième consultation au 1er trimestre, surtout si la première consultation a eu lieu à 1 mois et demi ou 2 mois.
Au cours de cette consultation, vous recevez toutes les informations sur l'offre de soins (suivi médical, consultations prénatales, examens de dépistage…), la préparation à la naissance, l'accouchement, l'allaitement, l'organisation des soins au sein des réseaux de périnatalité.

La détermination du début de la grossesse et du terme

Après vous avoir donné toutes les informations utiles, le but de cette consultation est de réaliser un interrogatoire médical, de fixer la date de début de grossesse et de faire un examen clinique. La consultation débute le plus souvent par un interrogatoire médical qui va renseigner les antécédents gynécologiques, obstétricaux, médicaux, chirurgicaux de la future mère (voir encadré page suivante « Le déroulement de la consultation ») et les antécédents familiaux héréditaires ou génétiques des deux conjoints.
La date de début de grossesse est déterminée en fonction de la date des dernières règles ou à partir de la date de conception (âge gestationnel) estimée. L'échographie permet de confirmer cette date théorique ou de la corriger en cas de décalage supérieur à 4 ou 5 jours.
Le professionnel doit aussi confirmer le diagnostic de grossesse par un examen clinique du corps et du col de l'utérus. Le volume de l'utérus est en effet légèrement augmenté à la fin du 1er mois. Le dosage de l'hormone HCG (test de grossesse) n'est utile qu'en cas de doute, si la grossesse ne paraît pas évidente au toucher vaginal ou à l'échographie.

LES OBJECTIFS DE LA CONSULTATION

- Confirmer la grossesse en cas de doute, son début et son terme probable à 41 SA (à partir du premier jour des dernières règles).
- Pratiquer l'examen médical et s'assurer du bon déroulement de la grossesse.
- Pratiquer les examens sanguins utiles pour la surveillance de la grossesse.
- Prévoir la première échographie et le dépistage de la trisomie 21.
- Rechercher d'éventuelles complications.
- Planifier la surveillance de la grossesse et l'accouchement.
- Effectuer les formalités administratives de déclaration.

ATTENTION ! Votre déclaration de grossesse doit être effectuée avant 15 SA afin de garantir l'ouverture des droits sociaux. Elle va permettre d'établir :
- un calendrier de suivi de grossesse ;
- un projet de naissance ;
- la prescription des examens obligatoires (les autres vous seront proposés de façon systématique).

Renvoyez les formulaires dans les meilleurs délais.

L'examen général

Cette consultation est l'occasion de bénéficier d'un examen clinique général et gynécologique :
- recherche de signes d'anémie ;
- inspection des jambes à la recherche de varices ;
- analyse de votre état général.

Si votre suivi gynécologique n'est pas régulier, un examen des seins est pratiqué, de même qu'une palpation de l'abdomen et un examen du vagin et du col de l'utérus. On vous propose également de faire un frottis cervical si vous n'en avez pas eu depuis plus de 3 ans.
Les femmes excisées peuvent aussi profiter de cet examen clinique pour parler de leur problème, qui peut faire l'objet d'une intervention réparatrice avant l'accouchement.

La pesée, la prise de tension

Au cours de cette première consultation, vous êtes pesée, et le médecin prend votre tension artérielle.
La prise de poids doit être de 1 kg par mois pendant les sept premiers mois, puis de 1,5 kg les deux derniers mois. Cette prise de poids dépend de l'IMC (indice de masse corporelle) de départ, et tout surpoids en début de grossesse mérite une attention particulière : une consultation de diététique et le dépistage du diabète gestationnel sont alors prescrits.
La tension artérielle diminue physiologiquement chez la femme enceinte, avec un maximum toléré de 14/9. Sa surveillance est essentielle tout au long de la grossesse, car son augmentation, associée à des œdèmes et à la présence d'albumine dans les urines, constitue l'une des pathologies les plus fréquentes de la deuxième moitié de la grossesse, particulièrement lors d'une première grossesse. Elle se nomme pré-éclampsie et peut être source de complications maternelles et fœtales (hypotrophie fœtale, hématome rétroplacentaire, convulsions).

L'évaluation des risques éventuels

À l'issue de cet interrogatoire et de l'examen clinique, le professionnel évalue le risque obstétrical global et la nécessité d'examens ou d'un suivi particuliers. Si tout est normal, vous pourrez être suivie par une sage-femme ou votre médecin de famille. S'il y a un problème, il faudra consulter dès le début de votre grossesse le gynécologue-obstétricien de l'établissement dans lequel vous

LE DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

Un interrogatoire médical est réalisé. Il détaille :
- vos antécédents médicaux importants personnels et familiaux (anomalie héréditaire, hypertension artérielle, diabète, épilepsie…), vos antécédents gynécologiques (régularité des cycles, fausse couche, grossesse extra-utérine) et obstétricaux (accouchement prématuré, hypotrophie fœtale, hématome rétroplacentaire, accouchement difficile) ;
- vos conditions socio-économiques et votre mode de vie.

Vous êtes soumise à :
- un examen général (contrôle de votre poids de départ, de votre tension artérielle, de votre rythme cardiaque, de l'état veineux de vos membres inférieurs) ;
- un examen gynécologique (par un toucher vaginal afin de déterminer le volume utérin et sa concordance avec l'âge de la grossesse, ainsi que la normalité des ovaires) ;
- un examen des seins ;
- un frottis de dépistage, si le dernier a été effectué il y a plus de 3 ans ;
- l'auscultation des bruits du cœur de votre fœtus aux ultrasons (à partir de 12 SA).

souhaitez accoucher, pour qu'il fasse le point avec vous et définisse les visites qui devront être faites avec lui ou son équipe.

La mise en route du suivi de votre grossesse

Après la première consultation, la sage-femme ou le médecin a mis en route le suivi de votre grossesse. Au cours des visites mensuelles, vous discuterez ensemble des examens biologiques, d'éventuels problèmes survenus depuis la consultation précédente et des modalités de l'accouchement. Le professionnel qui vous suit vous donnera des conseils sur votre alimentation, votre hygiène et votre rythme de vie. Ils porteront sur :

- l'activité physique à prévoir, l'intérêt de la marche ou de la natation, par exemple ;
- les risques spécifiques liés à la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis ou toute autre substance toxique ;
- votre alimentation, en sachant que la ration calorique journalière ne doit pas être inférieure à 1 800 calories (dont 50 % de glucides) et en insistant sur :
  - la consommation de 5 fruits et légumes par jour,
  - la consommation de lait et produits laitiers (3 fromages et/ou yaourts par jour),
  - la consommation de poisson deux fois par semaine,

CALCULEZ VOTRE IMC

On calcule son IMC en divisant le poids par le carré de la taille :
poids en kg/taille en m^2 = IMC
On parle de surpoids quand l'IMC est compris entre 25 et 30. Au-delà, il y a obésité.

Les échographies de la grossesse

- la consommation de matières grasses végétales (huile d'olive ou de colza vierge) plutôt que de graisses d'origine animale,
- la suppression de certains produits de charcuterie (rillettes, pâtés), des viandes crues fumées ou marinées, des poissons crus ou fumés,
- la limitation des aliments gras et sucrés,
- l'absorption de 1,5 litre d'eau par jour ;

– les mesures particulières en cas de sérologie de la toxoplasmose négative (voir chapitre « 2e mois ») :
- bien cuire les viandes et œufs,
- bien laver les légumes verts,
- porter des gants pour changer la litière des chats.

À l'issue de cette consultation, vous êtes informée sur vos droits à prestations. Le professionnel de santé procède à :

– la déclaration de grossesse, précisant sa date de début, sur un formulaire qui vous sera remis ;

– la remise d'un carnet de santé maternité (qui peut aussi vous être adressé par le Conseil général). Ce carnet est votre propriété, il vous donne une information sur le suivi médical de votre grossesse, vos droits et aides, des conseils alimentaires et de mode de vie. Il constitue un document de liaison pour les différents professionnels de santé que vous pourriez être amenée à rencontrer au cours de la grossesse.

À chaque consultation, vous bénéficierez d'un examen clinique et d'un examen gynécologique.

Par ailleurs, vous avez droit à huit séances de préparation à l'accouchement, prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. Ces séances, souvent collectives, vous donnent l'opportunité de préparer l'accouchement, la naissance et l'accueil de votre enfant.

Un entretien précoce médico-psycho-social vous sera proposé pour vous permettre d'exprimer vos attentes, vos inquiétudes, vos difficultés psychologiques (solitude, dépression, addiction) ou sociales (logement, chômage…), de vous informer sur le soutien dont vous pouvez bénéficier et d'obtenir des réponses à toutes les questions qui vous préoccupent. Cet entretien est confidentiel et pris en charge par la Sécurité sociale à 100 %. Si vous souhaitez profiter d'un tel entretien, individuel ou en couple, il est conseillé de le demander le plus tôt possible après la déclaration de grossesse.

À VOS AGENDAS : LES SEPT CONSULTATIONS PRÉNATALES

Lors de cette première consultation, munissez-vous de votre agenda, car votre médecin va vous prescrire une série d'examens. En effet, le suivi de grossesse se trouve pour partie réglementé depuis février 1992 quant aux examens obligatoires prê- et postnataux. Il s'agit de réaliser sept examens prénataux, un au 1er trimestre, puis un par mois jusqu'au 9e mois de grossesse. Ces sept consultations sont prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Les soins vous seront remboursés si vous êtes personnellement assurée, si vous êtes la conjointe légitime d'un assuré, ou si vous vivez maritalement avec un assuré depuis douze mois consécutifs au moins et êtes à sa charge effective, totale et permanente.

Âge	Taux moyen de fausses couches
Avant 35 ans	15 %
Entre 35 et 39 ans	18 %
De 40 à 45 ans	34 %
Au-delà de 45 ans	53 %

Les examens prescrits

Lors de la première consultation, on vous prescrira obligatoirement :

– la détermination des groupes sanguins (ABO et phénotypes Rhésus complet et Kell). Si vous n'avez pas de carte de groupe sanguin complète, deux prélèvements doivent être effectués ;

- la recherche d'une éventuelle incompatibilité entre la mère et le fœtus par la recherche des agglutinines irrégulières (RAI). Le résultat s'exprime en négatif ou positif. Leur positivité entraîne l'identification et le titrage des anticorps ;
- le dépistage de la syphilis ou TPHA-VDRL (par une prise de sang) ;
- le dépistage de la toxoplasmose, sauf si votre immunité a déjà été testée… et que vous pouvez produire les résultats du test ;
- le dépistage de la rubéole, sauf si vous avez des résultats écrits et datant de moins d'un an montrant votre immunité ;
- la glycosurie et l'albuminurie (recherche de sucre et d'albumine dans les urines).

Pour plus d'informations sur ces examens, reportez-vous au chapitre « 2e mois ».

Les examens proposés

On vous proposera systématiquement :

- une échographie obstétricale entre 11 et 13 SA (+ 6 jours), qui permettra d'infirmer ou de rectifier la date du début de grossesse, de déterminer le terme théorique à plus ou moins 4 jours. Elle permet le dépistage des malformations majeures et des signes d'appel de malformations fœtales et d'anomalies chromosomiques par la mesure de la clarté nucale ;
- les marqueurs sériques (par une prise de sang) du 1er trimestre pour le dépistage de la trisomie 21 associés à la mesure de la clarté nucale (par l'échographie) ;
- la recherche de maladies génétiques selon les antécédents familiaux et/ou personnels (voir chapitre « 3e mois ») ;
- l'information des risques de transmission du VIH au fœtus, d'où la proposition d'une sérologie VIH 1 et 2 ;
- un frottis de dépistage des anomalies du col de l'utérus, si votre dernier frottis date de plus de 2 à 3 ans.

On vous proposera éventuellement :

- le dépistage de l'anémie en cas de facteur de risque ;
- un examen cytobactériologique des urines (ECBU) si vous avez des antécédents ou des signes d'infection urinaire.

Pour plus d'informations sur ces examens, reportez-vous au chapitre « 2e mois ».

Les examens de dépistage

Les examens de dépistage vous sont proposés tout au long de la grossesse, ils peuvent être systématiques ou orientés en fonction de vos antécédents, de l'apparition de signes liés à la grossesse.

Ces dépistages concernent :

- les anomalies du sang avec recherche d'anémie, de drépanocytose, de thalassémie, d'incompatibilité fœto-maternelle entre les groupes sanguins de la mère et du fœtus ;
- les malformations fœtales, par les échographies à 12, 22 et 32 SA ;
- les infections de la rubéole, l'hépatite B, la syphilis, la toxoplasmose. D'autres dépistages infectieux sont proposés selon le contexte (VIH, hépatite C, herpès génital, infection vaginale et urinaire) ;
- le sucre et l'albumine dans les urines.

Pour plus d'informations sur ces examens, reportez-vous aux chapitres « 2e mois » et « 3e mois ».

ET LE FUTUR PAPA ?

Il peut bénéficier, avant la fin du 4e mois de grossesse, d'un examen de santé complet, accompagné de tous les examens de laboratoire, sérologiques ou autres. Ils seront pris en charge à 100 %.

Les grossesses à risque

Dans les pays développés, avec les conditions actuelles de précaution et de sécurité, la quasi-totalité des grossesses se passe bien. Cependant, on ne peut être certain de cette bonne évolution… qu'après la naissance, avec mère et enfant en bonne santé. Aussi, pour mieux prévenir d'éventuels problèmes, et mieux y faire face, certaines grossesses font l'objet d'un suivi plus spécifique.

Les grossesses à risque sont des grossesses pour lesquelles l'analyse du passé médical (exemple : hypertension artérielle), ou des grossesses antérieures (exemple : antécédent d'accouchements prématurés), ou encore l'apparition de certains signes d'alerte en cours de grossesse (exemple : apparition de contractions de l'utérus anormales) vont faire redouter des complications. Il s'agit donc de clignotants qui vont amener à prendre des précautions adaptées pour éviter la survenue d'un accident. Il faut noter cependant que certains accidents peuvent survenir sans aucun signe préalable.

« J'AI FAIT DU DIABÈTE GESTATIONNEL »

CÉCILE, 28 ANS

Je suis très gourmande. Donc, lorsque j'ai découvert que je faisais du diabète gestationnel, j'ai broyé du noir. Mon médecin m'a prescrit un régime consistant à séparer sucres et féculents, et à manger plutôt des aliments faits à base de farine complète qu'à base de farine blanche. Finalement, j'ai mis la main à la pâte et j'ai réalisé moi-même des plats à base de farine complète : ainsi, je pouvais manger ce que j'aimais, tout en surveillant les ingrédients : pizzas, crêpes et même gâteaux - peu sucrés… -, j'ai donc pu continuer à me régaler.

1 • Le diabète

On peut distinguer deux situations différentes vis-à-vis du diabète. Parfois, le diabète est connu, traité par un régime et des médicaments. Il est essentiel dans ce cas qu'un bon équilibre du diabète soit obtenu avant le début de grossesse, puis pendant toute sa durée. Il est préférable de parler de votre projet de grossesse avec votre médecin et de programmer cette grossesse pour bien adapter le traitement avant d'être enceinte.

Le deuxième cas de figure concerne le diabète gestationnel, qui n'apparaît qu'en cours de grossesse. Il est dépisté grâce aux analyses d'urine et à des prises de sang faites après absorption de sucre entre 24 et 28 SA. Votre médecin ou la sage-femme vous le prescrira pour la visite du 6e mois.

Dans les deux cas, le diabète peut être responsable de complications, comme par exemple, un enfant de poids important et plus fragile, qui pose des problèmes lors de l'accouchement du fait de son poids supérieur à 4 kg.

2 • L'hypertension artérielle

L'hypertension peut être connue avant la grossesse. Il importe alors qu'elle soit bien maîtrisée avec des médicaments compatibles avec la grossesse.

Dans d'autres cas, cette hypertension va apparaître en cours de la grossesse. Lorsqu'elle est associée à la présence d'albumine dans les urines, on parle de toxémie ou de pré-éclampsie. C'est l'un des objets de surveillance de la grossesse que de vérifier la tension ; en cas d'hypertension (tension artérielle qui atteint ou dépasse 14 de maximum, ou 9 de minimum, soit « 14/9 »), il faudra prendre des précautions pour éviter les complications qui peuvent être graves : enfant hypotrophe, c'est-à-dire de faible poids, ou accidents aigus tels que le décollement du placenta et l'éclampsie. Les complications de l'hypertension sont donc très graves pour la mère et l'enfant. Elles justifient une surveillance attentive de la tension artérielle et de l'albumine dans les urines pour toutes les grossesses.

3 • L'épilepsie

Cette maladie est habituellement connue et fait l'objet d'un traitement. Si vous souffrez d'épilepsie, il faut parler de votre projet de grossesse à votre neurologue pour qu'il adapte le traitement et qu'il vous suive en collaboration avec l'obstétricien. Parmi les précautions, on demande à ces patientes de commencer, un mois avant la mise en route de leur grossesse, un traitement par de la vitamine B9 (acide folique 5 mg/jour) qu'il faudra poursuivre au 1er trimestre de la grossesse. Ce traitement a pour objectif de diminuer le taux de malformations du système nerveux.

4 • Les maladies cardiaques

Si une maladie cardiaque est connue et suivie, il importe de faire un bilan chez le cardiologue pour savoir quelles seront les précautions à prendre en cours de grossesse et d'accouchement.

5 • Le fibrome utérin

Il s'agit d'une tumeur bénigne constituée de muscles semblables à l'utérus. Les fibromes sont plus fréquents avec l'avancée de l'âge. Dans l'ensemble, les fibromes ont un retentissement faible sur la grossesse. La complication la plus fréquente est l'apparition, au niveau du fibrome, de douleurs qui sont pénibles pour la femme mais sans gravité pour la grossesse.

6 • L'exposition au DES (Distilbène) *in utero*

Le Distilbène est une hormone qui a été prescrite en France entre 1950 et 1977 – mais surtout entre 1966 et 1972 – afin d'éviter les fausses couches.
On sait maintenant que ce traitement – qui s'est par ailleurs avéré inefficace – a entraîné, chez les femmes qui y ont été exposées durant leur vie *in utero*, des anomalies de l'utérus. Celles-ci sont à l'origine de l'augmentation des complications relatives aux grossesses : grossesses extra-utérines, fausses couches – précoces et surtout tardives – et accouchements prématurés.

7 • Les grossesses tardives (de plus de 38 ans)

Ces grossesses comportent un certain nombre de particularités : augmentation du taux de fausses couches précoces, augmentation du risque de trisomie 21 (pour lequel un dépistage est proposé), augmentation des cas d'hypertension artérielle et de diabète gestationnel.
On a observé également un taux d'accouchements prématurés légèrement augmenté et davantage de complications lors de l'accouchement, avec un recours plus fréquent à la césarienne.
Aujourd'hui, avec une surveillance renforcée, ces grossesses ne sont plus considérées comme à haut risque pour l'enfant. En revanche, le risque est plus marqué pour la mère, surtout lors de l'accouchement.
Il faut rappeler que le principal risque, à partir de 40 ans, est celui de ne pas obtenir la grossesse désirée puisque la fertilité, qui diminue dès 35 ans, s'affaiblit sensiblement à partir de 40 ans, cela malgré les moyens médicaux actuels.
Le conseil suivant peut donc être donné : si votre âge avance et que les conditions sont réunies pour avoir un enfant, n'attendez pas !

8 • Les grossesses gémellaires

Ces grossesses comportent principalement trois risques :

- risque de prématurité puisque, malgré les précautions, près de la moitié des jumeaux va naître prématurément ;
- risque d'hypertension (pré-éclampsie), qui doit être prise en charge ;
- risque d'hypotrophie, c'est-à-dire un faible poids d'un des enfants ou des deux (voir le chapitre « En cas de grossesse multiples »).

Dans quels cas faut-il consulter rapidement ?

De nombreux désagréments peuvent survenir en début de grossesse, sans présenter de réelle gravité. L'important est de distinguer ces petits ennuis de véritables complications : certains signes doivent vous amener à consulter impérativement.

Des saignements

Les saignements sont fréquents en début de grossesse et peuvent avoir des significations très différentes. Ils justifient dans tous les cas une consultation.
Devant tout saignement en début de grossesse, il faut penser à une possible grossesse extra-utérine, d'où la nécessité de voir un médecin.
Ils peuvent aussi être le premier signe d'une fausse couche.
Heureusement, l'origine du saignement est le plus souvent anodine et se situe à l'extérieur du col de l'utérus ou bien au niveau d'un petit vaisseau à l'insertion du placenta, provoquant un léger décollement des membranes ou du placenta, habituellement sans conséquence. Une échographie permettra le plus souvent de vous rassurer en montrant que l'œuf est bien dans l'utérus, grandit et a un cœur qui bat.

Des douleurs intenses

Lorsque des douleurs intenses du bas-ventre avec sensations de coliques surviennent, il faut à nouveau penser à une possible grossesse extra-utérine et consulter. Ces douleurs peuvent aussi être liées à des contractions de début de fausse couche.
Heureusement, il s'agit souvent de douleurs d'origine digestive, parfois liées à une constipation. Des sensations de pesanteur en relation avec la sensibilité accrue des muscles et des ligaments du petit bassin peuvent aussi très souvent les expliquer. Elles sont sans gravité.
En pratique, si vous souffrez de douleurs modérées, parlez-en en consultation. Si elles sont intenses, demandez conseil rapidement ou consultez en urgence.

De la fièvre

En cas de fièvre qui dépasse 38 °C pendant plus de 24 heures, consultez d'urgence. Il peut s'agir d'une infection urinaire ou d'une listériose, qui demandent toutes deux à être traitées sans retard.

En cas de diarrhée

Tentez en premier lieu de boire de l'eau de riz ou de carotte. Éventuellement, prenez des médicaments qui agissent par leurs propriétés absorbantes comme de l'actapulgite (Mucipulgite), ou de l'oxyde de magnésium léger et du sulfate de magnésium. Si cela ne s'améliore pas, consultez votre médecin, qui vous prescrira peut-être du diphenoxilate ou du lopéramide. Il s'assurera enfin qu'il ne s'agit pas d'une infection plus grave.

LE 1er MOIS EN UN COUP D'ŒIL

Jours	Semaines d'aménorrhée	Semaines de grossesse	Côté bébé	Côté maman
1	0 SA	-		• Début des dernières règles
14	2 SA	-	• Ovulation • Fécondation • Votre bébé est une cellule • Migration de l'œuf dans la trompe	• Votre température est plus élevée
21	3 SA	1re semaine	• Nidation dans l'utérus • Apparition de l'embryon • Votre bébé comporte à présent une dizaine de cellules et mesure à peu près 0,1 mm	
31	4 SA	2e semaine	• Votre bébé comporte à présent près de 150 cellules et mesure 0,2 mm	• Vous constatez un retard de règles • Votre test de grossesse est positif • Vous ressentez les premiers symptômes : nausées…
38	5 SA	3e semaine	• Votre bébé a à présent une tête et une queue et mesure 1,5 mm	
45	6 SA	4e semaine	• Votre bébé est un embryon de 5 mm • Son cœur bat • Ses organes s'ébauchent	• Votre grossesse est visible à l'échographie • Des battements cardiaques y sont également perceptibles

Votre bébé, semaine après semaine

1 • La première semaine (3 SA)

La rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovule

Tout commence par la fécondation. Lors de l'éjaculation, plusieurs dizaines de millions de spermatozoïdes sont émis dans le vagin. Les spermatozoides passent ensuite par le col de l'utérus qui sécrète de la glaire cervicale abondante lors de l'ovulation.

Une faible proportion d'entre eux parvient à franchir le col utérin et à migrer dans l'utérus, en se frayant un chemin dans la glaire. À partir de là, certains progressent dans les trompes en quelques dizaines de minutes. Les autres sont stockés dans l'utérus où ils survivront pendant plusieurs jours, puis ils migreront à leur tour dans les trompes. Quelques centaines de spermatozoïdes entourent l'ovocyte (situé dans le tiers externe de la trompe) ; un seul d'entre eux y pénétrera.

Les spermatozoïdes, comme les ovocytes, sont les seules cellules du corps qui ne comportent que 23 chromosomes (toutes les autres cellules de notre corps en comportent 46).

Les 23 chromosomes contenus dans le spermatozoïde vont fusionner avec les 23 chromosomes de l'ovocyte pour former la première cellule du bébé. Celle-ci comportera donc 46 chromosomes : la moitié apporte les caractéristiques génétiques de la mère et les 23 autres les caractéristiques génétiques du père.

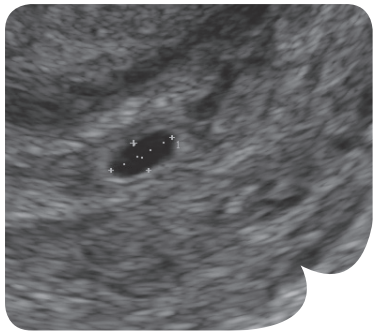
Cette première cellule va se dédoubler pour donner deux cellules, puis quatre, seize… Ainsi se forme l'œuf, que l'on appelle aussi « embryon » : un être nouveau, qui hérite des caractères génétiques de ses parents est créé, et va se développer pendant neuf mois.

Cet embryon se déplace dans la trompe grâce à de minuscules cils vibratiles jusque dans l'utérus, qu'il atteint en trois à quatre jours. Après deux ou trois jours de flottement dans l'utérus, il va se nicher dans l'endomètre, la muqueuse qui recouvre l'intérieur de l'utérus. C'est la nidation : l'œuf va développer des prolongements qui vont s'accrocher dans la muqueuse utérine et devenir le futur placenta, qui servira de poumon et de tube digestif au fœtus.

2 • La deuxième semaine (4 SA)

La nidation de l'embryon

Sous l'influence des hormones (œstrogènes puis progestérone), la muqueuse de l'utérus va s'épaissir. Au 7e jour de vie, l'embryon adhère puis fait progressivement son nid dans l'épaisseur de la muqueuse. Là où l'embryon se fixe, les vaisseaux se multiplient et les glandes sécrètent des substances nutritives. De petits filaments, les villosités choriales, s'enfoncent dans la muqueuse de l'utérus. Il s'agit du futur placenta, qui secrète les hormones de grossesse dont le taux double toutes les 24 heures (ces hormones, nommées βHCG, sont recherchées et dosées lorsque l'on pratique un test de grossesse).



4 SA et 4 jours : l'œuf est visible sous la forme d'une petite vésicule mesurant 3 mm de diamètre et entourée d'un halo correspondant au futur placenta. L'œuf est implanté dans l'endomètre (muscle utérin qui est présent sur toute la périphérie).

3 • La troisième semaine (5 SA)

Les cellules se multiplient très rapidement

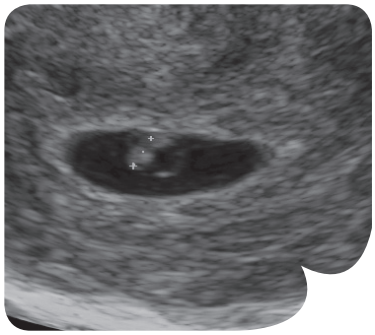
L'embryon va croître à un rythme rapide et s'isoler progressivement dans la cavité amniotique. La circulation du sang dans le futur placenta s'installe. Les cellules embryonnaires, qui continuent à se multiplier à très grande vitesse, vont progressivement s'organiser entre elles. Petit à petit, elles se destinent à se différencier les unes des autres pour, plus tard, constituer les organes. L'embryon va commencer à être visible en échographie vaginale et mesure environ 1,5 millimètre.

5 SA : le sac gestationnel mesure 7 mm de diamètre.

4 • La quatrième semaine (6 SA)

Le cœur commence à battre

Le tube cardiaque, futur cœur, commence à battre au 23e jour et à être visible en échographie. Le crâne et les membres commencent à se développer.
À 1 mois de vie – soit 6 SA –, le fœtus mesure 5 millimètres, et l'on peut recueillir par échodoppler les battements de ce qui sera son cœur.



6 SA : l'embryon est visible sous la forme d'un petit épaississement sur les parois de la vésicule vitelline et mesure 5 mm. Son activité cardiaque est présente et peut être enregistrée par l'échodoppler.